Miejscowość, data

……………………………………….

Imię i nazwisko rodzica

…………………………………..

Adres

…………………………………..

SZ.P.

Dyrektor Przedszkola Publicznego

w Starych Siołkowicach

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do przedszkola**

 Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna ……………………………………… (imię i nazwisko dziecka) do Przedszkola Publicznego
w Starych Siołkowicach na rok szkolny 2023/2024.

…………………………………

Podpis rodzica